O POWIKŁANIACH

ZE STRONY NARZĄDU KRĄŻENIA

WŚRÓD PRZEBIEGU RZEŻĄCZKI

(BLENORRHEA)

CEWKI MOCZOWEJ.

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 20 lut. b. r.)

przez

Dr. W. Antoniego Głuzińskiego

Docenta chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.

KRAKÓW.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1889.

O POWIKŁANIACH

ZE STRONY NARZĄDU KRĄŻENIA

WŚRÓD PRZEBIEGU RZEŻĄCZKI

(BLENORRHEA)

CEWKI MOCZOWEJ.

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 20 lut. b. r.)

przez

Dr. W. Antoniego Gluzińskiego
Docenta chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.

KRAKÓW.
DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1889.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ z r. 1889 Nr. 11.

O powikłaniach ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki (*blenorrhea*) cewki moczowéj

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 20 lut. br.)

przez

Dr. W. Antoniego Gluzińskiego
Docenta chorób wewnętrznych Uniw. Jagiell.

LITERATURA: 1) Trousseau. Gazette des hôpitaux 1854 str. 226; 2) Brandes. Du rhumatisme blennorrhagique. Arch. gén. de méd. 1854. 3) Hervieux. Note sur le rhumatisme aigu blennorrhagique. Gaz. méd. de Paris 1858; 4) Siegmund. Tripperformen und zur Therapie der Tripperformen. Wien. med. Woch. 1858; 5) Lacasagne. Des complications cardiaque dans la blenn. Arch. gén. de méd. 1872; 6) Desnos i Lemaitre. Rhumatisme blennorrhagique avec complications cardiaques etc. Progrès méd. 1874; 7) Marty. Endocardite blenn. Arch. gén. de méd. 1876; 8) Besnier. Du rhumatisme blenn. Diction. encycl. de sc. méd. 1876; 9) Desnos. Endocardite blenn. Gaz. des hôpitaux. 1877; 10) Morel. Des complications cardiaques de la blenn. Thèse. Paris. 1878; 11) Delprat. Des lésions cardiaques au coursde la blennorrhagie. Thèse. Paris. 1882; 12) Pfuhl. Zur Casuistik d. Herzaffect. b. d. ac. Blenn. d. Ur. Deutsche Zeitschrift für prakt. Med. 1878; 13) Schedler. Zur Casuistik der Herzaffect. bei Tripper. Inaug. Diss. Berlin 1880; 14) Cianciosi. Sopra un caso di endocarditide blenn. Bullet. delle sc. med. di Bologna. 1880; 15) Baudin. Observations d'un cas d'endocardite blenn. Rec. de mem. de méd. milit. 1879: 16) Draper. A case of endocarditis occuring in the course of gonorrheal rhumat. etc. Philad. med. Bullet. 1882; 17) Fleury: Arthrite blen., endocardite ulc. Mort. Journ. de Bordeaux 1883; 18) Morel. La blenn. et les affections du coeur. Revue de Thérap. 1883; 19) Railton. Notes of a case of gonorr., with acute rhum. and. endoc. etc. British. med. Journ. 1884; 20) Dérignac et Moussous. Endocardite blenn. Gaz. méd. de Paris. 1884· 21) Van der Velden. Zwei Fälle von „Endo-

cardite blenn.". Münch. med. Woch. 1887; 22) Weichselbaum. Zur Aetiologie der acuten Endoc. Centrbl. f. Bacter. 1887; 23) Will. Über Endocarditis blenn. Münch. med. Woch. 1887.

Gdy sprawa gośćca stawowego wśród przebiegu rzeżączki cewki moczowéj już dość dawno była rozstrzygniętą, wystąpienie powikłań ze strony bł. surowiczych organów wewnętrznych szczególniéj serca jużto wśród przebiegu samego gośćca rzeżączkowego, jużto bez takowego, jest sprawą ostatnich lat trzydziestu, a dla niektórych do dziś dnia niepewną.

Dość w tym kierunku przytoczyć zdanie Trousseau'a (1) które jeszcze w r. 1854 w wykładach swoich głosił, że w gośćcu rzeżączkowym nigdy nie przychodzi do zmian w sercu i że to stanowi jego ważną różnicę od zwykłego gośćca stawowego. W przeważnéj części podręczników niemieckich o chorobach wenerycznych (np. Geigla, Tarnowskiego itd.) sprawę tę znajdujemy pominiętą milczeniem, a w ostatniém wydaniu dzieła Zeissla (1888) na str. 201 znajdujemy zdanie następujące „*Wir haben beim Tripperrheumatismus noch niemals eine Peri et Endocarditis beobachtet*". W najnowszym jednak podręczniku Fingera mamy już między powikłaniami rzeżączki osobny rozdział zatytułowany „*Endocarditis blennorrhoica*" i inaczéj się nam sprawa przedstawi, gdy sięgniemy do literatury francuskiéj, któréj właściwie należy się zasługa poruszenia i dokładniejszego zbadania téj sprawy.

Pierwszy Brandes (2) w r. 1854 ogłasza dwa przypadki, jeden z własnéj obserwacyi drugi Lehmana, wystąpienia raz zapalenia wśródsierdzia (*endocarditis*) raz osierdzia (*pericarditis*) wśród przebiegu gośćca niewątpliwie rzeżączkowego. W r. 1858 Hervieux (3) podaje podobny przypadek u człowieka młodego, 23 l. liczącego, który w 3 tyg. rzeżączki dostaje się do szpitala z obrzmieniem stawu kolanowego prawego w stanie bezgorączkowym, a w tydzień potém występuje dreszcz, gorączka i rozwijają się objawy zapalenia wśródsierdzia, dzięki któremu chory opuszczając szpital po miesięcznym pobycie uwolniony od rzeżączki

i gośćca wynosi jednak niedomykalność zastawki dwukończystéj.

W tym samym roku Siegmund (4) spostrzegał dwa przypadki u kobiet gośćca stawowego na tle rzeżączki z następowém zajęciem osierdzia *(pericarditis)*. Przez następnych lat 14 sprawa przycichła i dopiero od r. 1872 liczba ogłoszonych przypadków zaczyna się wzmagać i stale rośnie aż do obecnéj chwili. I tak w r. 1872 ogłasza Lacassagne (5) swój przypadek (u żołnierza l. 21 liczącego wśród przebiegu rzeżączki bez poprzedniego gośćca wystąpiła *pericarditis*), w 1874 Desnos i Lemaitre (6) swoją obserwacyję, dotyczącą mężczyzny l. 35, u którego w 25 dniu trwania rzeżączki wystąpił ostry gościec stawowy, przeważnie zajmujący staw kolanowy lewy, a w dwa tygodnie potém serce uległo zmianie doprowadzającéj do zwężenia ujścia tęt. głównéj. Rok 1876 przynosi nam dwa spostrzeżenia Marty'ego (7) (mężczyzna l. 22, wśród przebiegu gośćca rzeżączkowego rozwijają się zmiany w ujściu tęt. głównéj) i Besniera (8). W r. 1877 w towarzystwie lekarzy szpitalnych w Paryżu opowiada Desnos (9) drugie swoje spostrzeżenie odnoszące się do mężczyzny przyjętego na jego oddział dla nieżytu oskrzelowego, u którego nagle występuje obrzmienie stawu mostko-obojczykowego i barkowego wśród stanu gorączkowego, stwierdzono obfity wypływ z cewki moczowéj, do którego chory wcale się przedtém nie przyznawał, a rozwijające się w związku z tém zapalenie osierdzia, jak sekcyja wykazała, na zastawkach dwukończystéj i półksiężycowych tęt. głównéj, wkrótce kres życiu położyło. Morel (10) w 1878 oprócz swoich dwóch zebrał jeszcze 11 przypadków. Delprat (11) w 1882 już 14 naliczył i zestawił opisując swój własny przypadek. Nie wliczył jednak już w tym czasie ogłoszonych przypadków z literatury niemieckiéj, t. j. wyżéj podanych 2 spostrzeżeń Siegmunda (4) daléj Pfuhla (12) ze szpitala garnizonowego w Harburgu i Schedlera (13) z kliniki Leydena w Berlinie, jak również przypadku z literatury włoskiéj Cianciosi'ego (14) a z francuzkiéj Baudina (15) tak, że w tym czasie było właściwie już 21 przy-

padków podanych, a dzisiaj dochodzi ich liczba do 31, gdy uwzględnimy dalsze spostrzeżenia Drapera (16), Fleury'ego (17) Morela (18), Derignaca i Moussousa (20), Railtona (19), wreszcie 2 przypadki Van der Veldena (21), jeden przypadek Weichselbauma (22) i przypadek Willa (23). Sam spostrzegałem przypadek w klinice prof. Korczyńskiego u młodego druciarza, który w 3 tygodniu rzeżączki uległ ostremu gośccowi stawowemu, a opuścił klinikę z wytworzoną niedomykalnością zastawki dwukończystéj.

Z zestawienia tych wszystkich przypadków musimy przyjść do następujących wyników:

1. Wśród przebiegu rzeżączki występują zboczenia ze strony serca tak na osierdziu jak i wśródsierdziu (*peri-et endocarditis*);

2. Takowe rozwijają się albo na tle gośćca rzeżączkowego albo i bez tego tła.

3. Przebieg ich jest albo złośliwy, przedstawiając obraz ciężkiego zakażenia, jakie spotykamy przy wrzodziejącém zapaleniu wśródsierdzia (*Endocarditis ulcerosa)*, lub téż więcéj zwolniony, w każdym razie jednak ostry doprowadzając, jeżeli sprawa dzieje się na wśródsierdziu, do wytworzenia wad sercowych.

Zaburzenia te ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki zdają się być rzadkiemi następstwami téj ostatniéj. Nasuwa się tu jednak uwaga, że liczba przypadków z pewnością by się zwiększyła, gdyby wszystkie były ogłoszone i gdyby w każdym przypadku ostrego gośćca stawowego szukano, czy nie ma równoczesnéj rzeżączki. A uwagę tę nasuwać musi okoliczność, że na 31 ogłoszonych przypadków tylko dwa odnoszą się do kobiet, ale bo téż jak rzadko wśród przebiegu gośćca stawowego zwracamy lub zwracać możemy uwagę na stan części płciowych u kobiet.

Przyjąwszy występowanie zmian w sercu wśród przebiegu rzeżączki jako fakt, nie ulegający zdaniem mojem wątpliwości, należy poruszyć i rozjaśnić o ile możności stosunek tych dwóch spraw chorobowych do siebie. Z góry zastrzedz się muszę, jakobym uważał występującą wśród

rzeżączki zmianę na osierdziu, względnie wśródsierdziu, za równorzędne powikłanie np. z zapaleniem jąder, pęcherza moczowego itd., to jest z powikłaniami występującemi w skutek szerzenia się sprawy *per continuitatem* lub *contiguitatem*. Zajęcie bł. surowiczych serca musimy postawić w równym rzędzie z zajęciem bł. surowiczych stawów, powięzi ścięgnistych itd Dziś pominąć możemy dawniejsze teoryje, jak np. odruchową, a stanąć musimy na podstawie czysto doświadczalnéj, zdobytéj badaniami lat ostatnich, tj. badaniami bakteryjologicznemi, zainaugurowanemi odkryciem w r. 1879 przez Neissera patogenetycznego mikroorganizmu dla rzeżączki (*gonococcus)*. Za têm odkryciem musiała się wyłonić myśl, czy powikłania rzeżączki na błonach surowiczych, np. stawów, nie pochodzą od usadowienia się tam tych specyficznych mikroorganizmów. I w krótkim czasie pojawiła się pokaźna liczba prac w tym kierunku, które z jednéj strony przypuszczenie to potwierdziły, wykazując w cieczy wydobytéj ze stawu zajętego gośccem rzeżączkowym te same gonokoki, co w wydzielinie z cewki moczowéj ; z drugiéj strony podnieść należy wyniki ujemne, gdzie w wydobytéj cieczy nie wykazano gonokoków, zato niekiedy mikroorganizmy ropotwórcze. Do téj ostatniéj kategoryi zaliczyć muszę przypadek z kliniki prof. Korczyńskiego, w którym w cieczy żółtawej wydobytéj strzykawką Pravatza ze stawu kolanowego prawego gonokoków wykazać nie mogłem. W obec tych spostrzeżeń dwa zapatrywania górują w nauce, łączące się przyjęciem mikroorganizmów za podstawę odległych powikłań rzeżączki, różniące się têm, że jedni opierając się na dodatnich wynikach badań, np. cieczy zajętych stawów, uważają tę sprawę za bezpośrednie następstwo rzeżączki, drudzy powołując się na ujemne badania i opierając się na wykazaniu mikroorganizmów ropotwórczych uważają ją za sprawę następową, będącą o tyle z pierwotnêm cierpieniem w związku, że takowe przez uszkodzenie pokrycia bł. śluzowéj cewki moczowéj ułatwiło wtargnięcie innym mikroorganizmom sprowadzając następowe zakażenie, czyli że wtedy mamy do czynienia z tak zwanêm zakażeniem mięszanêm (*Mischin-*

fection). Zakażenie to następowe tém łatwiéj pojąć możemy, jeżeli zważymy, że w wydzielinie rzeżączkowéj obok gonokoków znajdujemy i inne mikroorganizmy tak obojętne jak i patogenetyczne, np. *staphyloccus albus*, *aureus*, *streptococcus pyogenes*, że Lustgarten i Mannaberg (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.* 1887 str. 905) w cewce nawet zdrowéj znaleźli *Staphylococcus aureus.*

Odnosząc to do kwestyi nas obecnie obchodzącej, t. j. spraw w osierdziu i wśródsierdziu wśród przebiegu rzeżączki, musimy powiedzieć, że te same mikroorganizmy, które były w stanie z cewki moczowéj nadwerężonéj dostać się do ogólnego obiegu i usadowić się w stawach, mogą również wśród odpowiednich warunków wywołać sprawę chorobową na błonach surowiczych serca, a przypuszczenie to nabiera znaczenia, gdy uwzględnimy przypadek Weichselbauma (22), który na stole sekcyjnym obok rzeżączki trzy tygodnie trwającéj z wydzieliną obfitującą w gonokoki znalazł *endocarditits* ostrą rozciągającą się na zastawkę dwukończystą, zastawki półksiężycowe tęt. głównéj, a przez ścianę téj ostatniéj i na zastawkę trójdzielną; w wybujałościach zaś zastawkowych tak mikroskopowo jak i drogą hodowli wykazał *streptococcus pyogenes*, czyli, że zajęcie wśródsierdzia wśród przebiegu rzeżączki musimy uważać również za zakażenie następowe, powstanie którego ułatwiła tocząca się rzeżączka i naruszająca pokrycie bł. śluzowéj cewki moczowéj.

Czy zajęcie błon surowiczych serca wśród przebiegu rzeżączki tylko tą drogą powstaje? na to pytanie dzisiaj trudno odpowiedzieć; musiałbym poruszyć całą patogenezę zapalenia wśródsierdzia, a nie chcąc od właściwego przedmiotu odbiegać, mam zamiar na jedném z przyszłych posiedzeń sprawę tę dyskusyi szanownych Kolegów poddać.

Ze stanowiska klinicznego musimy zadać jeszcze pytanie, czy przebieg tych spraw na wśródsierdziu, względnie osierdziu, odbywa się zwykle tak ostro jużto pod postacią wrzodziejącego zapalenia wśródsierdzia (*End. ulcerosa*) lub ostrego zapalenia wśródsierdzia względnie osierdzia (*Endo-*

względnie *Pericarditis acuta*), jak przedstawiają dotychczasowe przytoczone wyżej opisy?

To właściwie pytanie pobudziło mnie do postawienia tej kwestyi na dzisiejszém posiedzeniu i pozwolę sobie opierając się na własnych spostrzeżeniach zdanie w tym kierunku wypowiedzieć.

Spostrzeżenia te, na które w ostatnich trzech latach zwróciłem moją uwagę, odnoszą się do ludzi młodych, którzy ambulatoryjnie zgłosili się do mnie skarżąc się, że od dłuższego lub krótszego czasu doznają kłucia w lewéj połowie kl. piersiowéj i ulegają często biciu serca. Liczba ich wynosi 8. Uczucia te podmiotowe miały swoją podstawę. Badanie bowiem wykazywało silną akcyję serca, przyspieszoną, najczęściéj tarcie osierdziowe, raz tak wyraźne, że je ręką wyczuć mogłem, a najskrupulatniejsze poszukiwania w organizmie, dokładne wywiady szczególniéj w kierunku gośćca, mieszkania, narażenia się na wpływy atmosferyczne, nic nie wykazywały z wyjątkiem, że chorzy zwykle od pewnego czasu obdarzeni zostali rzeżączką. Zmiany te w osierdziu były świeże, wszystkie ustąpiły. Do wysięków nigdy nie przyszło i w ogóle podnieść muszę, że z wyjątkiem tych uczuć podmiotowych, które zwróciły uwagę pacyjenta, w niczém porządku nie zaburzały. Chorzy nie gorączkowali, oddawali się swoim zajęciom, nieraz twierdzili, że już są zupełnie zdrowi, gdy można było jeszcze zmiany wykazać szczególnie objawiające się przyspieszoném tętnem. Na tę nieznaczność przypadków szczególnie nacisk kładę z tego powodu, że łatwo ujść mogą uwagi i to może być przyczyną niedostatecznego ich uwzględnienia w powikłaniach rzeżączki, a jednak są to rzeczy nie obojętne, w dwóch bowiem z obserwowanych przypadków niepostrzeżenie wytwarzał się szmer wśródsierdziowy stając się coraz wyraźniejszy i w jednym doprowadził do niedomykalności zastawki dwukończystéj, w drugim do zwężenia ujścia tęt. głównéj. Przypadki te ostatnie obserwowałem przez przeciąg 5—6 miesięcy.

Że zmiany te w osierdziu względnie w wśródsierdziu zawisłe były od rzeżączki, przemawiał za tém obok oko-

liczności, że we wszystkich tych przypadkach była rzeżączka cewki moczowéj a innéj podstawy w organizmie nie było, przebieg choroby w następującym np. przypadku.

W d. 24 maja zgłosił się do mnie mężczyzna silnie zbudowany lat 22 liczący skarżąc się, że od tygodnia doznaje kłucia w lewéj połowie kl. piersiowéj i częstego doznaje bicia serca. Dotąd zawsze zdrów. Bólów ani w stawach ani w mięśniach nigdy nie miał. Badanie w innych narządach z wyjątkiem narządu krążenia zboczeń nie wykazywało. Ze strony tego ostatniego stwierdziłem przyspieszenie tętna (98 na minutę), ciepł. 37·4°C. Uderzenie serca na rozległéj przestrzeni widoczne w 3, 4 i 5 przestworze międzyżebrowym, silne. Przysłuch wykazywał nad podstawą serca miękkie, ale wyraźne tarcie osierdziowe. Z cewki wydzielina śluzowo-ropna, chory przed 4 miesiącami nabawił się rzeżączki. Z rozbioru moczu przekonałem się o prawidłowym stanie pęcherza, miedniczek nerkowych i nerek. Objawów gośćca ani stawowego ani mięśniowego nigdzie nie stwierdziłem. Rozpoznałem "*Pericarditis sicca recens*", a za przyczynę takowéj opierając się na poprzednich obserwacyjach uważałem istniejącą rzeżączkę cewki moczowéj. Wśród odpowiedniego leczenia stan się poprawił tak, że w d. 12 czerwca badając po raz trzeci mogłem go uważać za zdrowego, podmiotowo czuł się bowiem dobrze, tętno wynosiło 76 na minutę nawet po ruchach, tarcia nie słyszałem. Chory leczył daléj rzeżączkę. Poprawa nie trwała długo, gdyż w miesiąc, bo 14 lipca przedstawił się znowu twierdząc, że „wszystko wróciło." I wróciło rzeczywiście, znalazłem bowiem taki sam stan jak przy pierwszém badaniu. Dwóch tygodni trzeba było, nim sprawa się uspokoiła. Rzeżączka w jednym stopniu trwała bez przerwy. Przez dwa miesiące następne chorego nie widziałem, bo czuł się dobrze. Dzień 19 września sprowadził go do mnie, od tygodnia bowiem wypływ z cewki się zwiększył, wystąpiła duszność szczególnie po ruchach, kłucie w okolicy serca, napadowe bicie takowego, a równocześnie poraz pierwszy pojawił się dopiero ból w stawie kolanowym i łokciowym prawym. Badanie wykazało stan bezgorączkowy. Stawy wspomniane z wyjątkiem bolesności przedmiotowo innych zboczeń nie przedstawiały. Tętno 116 na minutę. Tarcie osierdziowe ręką można wyczuć, przy 1szym tonie nad lewą komórką występuje zwłaszcza po ruchach szmer skurczowy. W 5 dni potém z wyjątkiem spokojniejszéj akcyi serca, bo 98 uderzeń na minutę wynoszącéj, polepszenia wybitnego nie stwierdziłem. D. 7 października tarcie słyszałem znacznie słabsze, tętno 84, ale szmer skurczowy dość wyraźny. Od tego czasu chorego późniéj nie widziałem.

Przypadek ten, w którym w jakiś czas wśród trwającéj bez przerwy rzeżączki cewki występowało zapalenie osierdzia, w którym wraz z zaostrzeniem sprawy rzeżączkowéj pojawiło się również ostrzejsze zadrażnienie osierdzia, przeniesienie się sprawy na wśródsierdzie i wtedy dopiero bóle w stawach — czyż przypadek ten nie każe domyślać się pewnéj łączności między istniejącą rzeżączką cewki moczowéj a zmianami w narządzie krążenia?

A jeżeli w krótkim stosunkowo czasie przychodzi się do przekonania, że przypadek taki nie jest odosobnionym, ale przy zwróceniu uwagi w tym kierunku spostrzega się je częściéj, toć naturalny należy zrobić wniosek, że rzeżączka cewki moczowéj, czy to pośrednio czy bezpośrednio, jest tu momentem wywojącym.

W większéj liczbie spostrzeganych przezemnie przypadków między rzeżączką a wystąpieniem zmian w sercu nie pośredniczył wcale gościec, w niektórych wystąpił on późniéj, jak np. w wyżéj opisanym przypadku, w innych wcale się nie objawił, w mniejszéj liczbie tylko wystąpił jako zboczenie poprzedzające jużto w którymś stawie jużto w mięśniach. Forma zawsze jednak była lekką, najczęściéj mało zwracającą uwagę chorego tak, że dopiero pytania postawione w tym kierunku przypominało pacyjentowi, że w chwili badania lub przedtém miał nieznaczne dolegliwości w tym kierunku.

Czas wystąpienia tych zmian odnosił się we wszystkich przypadkach do późniejszych okresów rzeżączki cewki moczowéj, t. j. do form jéj przewlekłych, zwykle już kilka miesięcy trwających. Tém może tłumaczy się nieznaczne natężenie przypadów w przeciwieństwie do tych ostrych o silném natężeniu przypadów, jakie dotychczas spostrzegano, a które rozwijały się w pierwszych tygodniach trwania rzeżączki.

Jak często, jaki procent dotkniętych rzeżączką ulega temu powikłaniu ze strony serca — zawczas byłoby rozstrzygać.

Na podstawie tych danych czułbym się w prawie wypowiedzieć zdanie, że jak wśród przebiegu ostréj rzeżączki (na podstawie ogłoszonych przypadków) występują zmiany

w sercu z przebiegiem ostrym, tak w przebiegu rzeżączki przewlekłéj rozwijać się mogą zajęcia bł. surowiczych serca z natężeniem bardzo nieznacznêm, prawie niepostrzeżenie, a jednak aż nadto ważne, bo mogące jakkolwiek rzadko doprowadzić do stałego zboczenia tak znacznego, jakiém dla organizmu musi być powstała wada sercowa.

Uważałem za swój obowiązek spostrzeżeniem tém się podzielić, spostrzeżeniem, mogącém nam nieraz wytłumaczyć, zkąd u badanego powstała wada sercowa, a dla saméj sprawy byłoby bardzo ważném, gdyby uwagi te lekarza chorób wewnętrznych znalazły dalsze rozjaśnienie ze strony kompetentnéj specyjalistów syfilidologów.

VERITAS

ABCD